ASTHME BRONCHIQUE

Dr F.ADILA

Service De Pneumologie HCA

Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

Objectifs

- Définir un asthme bronchique
- Connaitre la physiopathologie de l'asthme
- Etablir un diagnostic positif
- Reconnaitre les diagnostics différentiels
- Evaluer le contrôle de l'asthme
- Connaitre les principes de la prise en charge

Plan

- Définition
- Intérêt de la question
- Physiopathologie
- Facteurs déclenchants
- Facteurs aggravants
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- La notion de contrôle
- La prise en charge thérapeutique
- Conclusion

I. Définition

- Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes
- D'origine allergique et non allergique
- Obstruction bronchique réversible spontanément ou sous traitement
- Hyperréactivité bronchique (HRB) qui entraîne des épisodes récurrents de respiration sifflante, de dyspnée, d'oppression thoracique et/ou de toux, particulièrement la nuit ou au petit matin.

II. Intérêt de la question

- Motif fréquent de consultation en médecine générale, en pneumologie et aux urgences
- Diagnostic : clinique +/- EFR
- Thérapeutique : prise en charge globale
- Pronostic: maladie souvent bénigne mais parfois fatale « exacerbations et AAG+++ »

III. Physiopathologie

1-L'inflammation :

- ✓ immunologique et allergique IgE dépendant (70%):
- ✓ immunologique non IgE dépendant
- ✓ non immunologique (SNA)

2- Le bronchospasme :

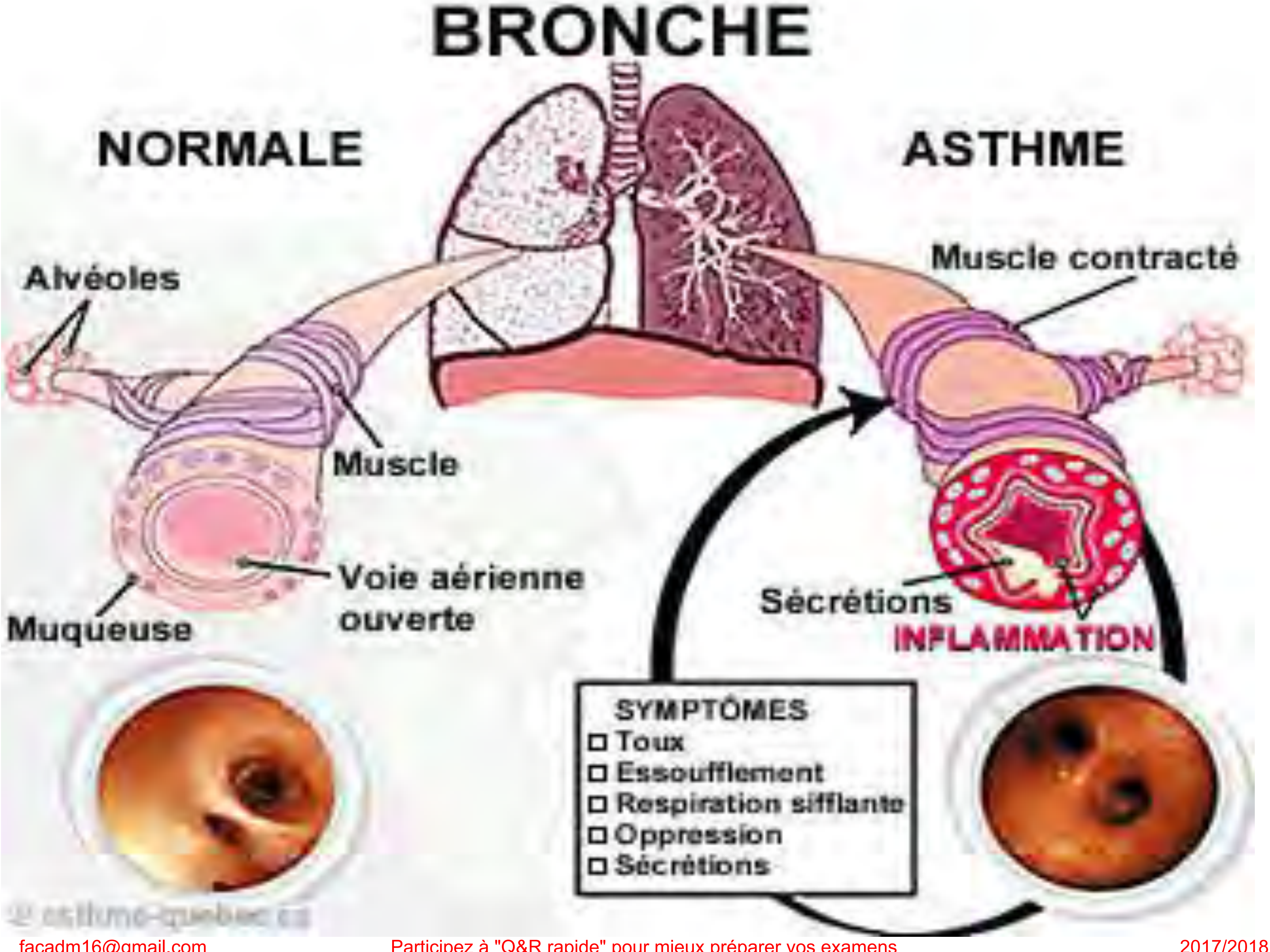
Œdème de la paroi, les secrétions endoluminales, et la contraction du muscle lisse bronchique « MLB ».

3-L'hyperréactivité bronchique :

- La capacité de la bronche de se contracter d'une manière inadaptée et exagérée en réponse à des stimuli dont la nature est variable (allergene, froid, exercice , ,

4. Le contrôle neurologique : des récepteurs sur le MLB:

- ✓ le système cholinergique du SNA (M3)
- ✓ Le système adrénergique du SNA (β2)
- ✓ Le SNANC (fibres C et neuropeptides)


BRONCHE
NORMALE
ASTHME
Alvéoles
Muscle contracté
Muscle
Muqueuse
Voie aérienne ouverte
Sécrétions
INFLAMMATION
SYMPTÔMES
Toux
Essoufflement
Respiration sifflante
Oppression
Sécrétions

IV. Facteurs déclenchants

1. **Allergènes**

- Pneumallergènes : (poussière de maison ; acariens, blattes ; phanères et déjections d'animaux (épithélium de chat ++) ; pollens, moisissures…)
- Allergènes digestifs
- Allergènes professionnels (isocyanate de peinture, boulanger ++...)

2. **Médicaments** : (AINS, bêtabloquants, IEC, aspirine (triade de Widal)

3. **Infections** : (bronchites, rhinites, sinusites) (Cause la plus frequente)

4. **Pollution atmosphérique** : (Aérosols, fumées, brouillard, tabac.)

5. **Air froid et sec, effort,** …………………

V. Facteurs aggravants

1. **Endocriniens** : Puberté, ménopause, exacerbation prémenstruelle, grossesse (règle des trois tiers : amélioration, aggravation, aucune influence).
2. **Reflux gastro-œsophagien « RGO »**
3. **Vascularite** (Angéite granulomateuse de Churg et Strauss)
4. **Facteurs psychiques** (Émotions, contrariétés)

VI. Diagnostic positif

Facile en cas de crise

Si non =interrogatoire+++(atopie personnel et familiale+ symptômes)

1. Signes cliniques évocateurs :

- Toux sèche isolée ou productive.
- Oppression (au repos ++).
- Dyspnée d'effort.
- Sifflements récidivants.

Symptômes paroxystiques, le plus souvent nocturnes

2. Equivalents d'asthme:

- toux spasmodique
- Bronchite à répétition peu sensible aux antibiotiques.
- Intolérance aux variations d'environnement, à l'exercice physique, au rire…

3. Examen clinique

Le thorax est distendu, sonore à la percussion et des sibilants à l'auscultation.

- Le débit de pointe(DEP), mesuré au peak-flow meter =mesure la *vitesse maximale du souffle* lors d'une expiration.

Surtout, l'examen recherche des signes de gravité

NB: Examen clinique normal en dehors des crises

4. Examens complémentaires:

spiromètrie + test de réversibilité ou test d'HRB ou rarement test de provation (DC+ gravité+suivi)

VII. Diagnostic différentiel

- Cardiopathie gauche
- BPCO
- DDB
- Corps étranger
- Tumeur bronchique

VIII. La notion de contrôle

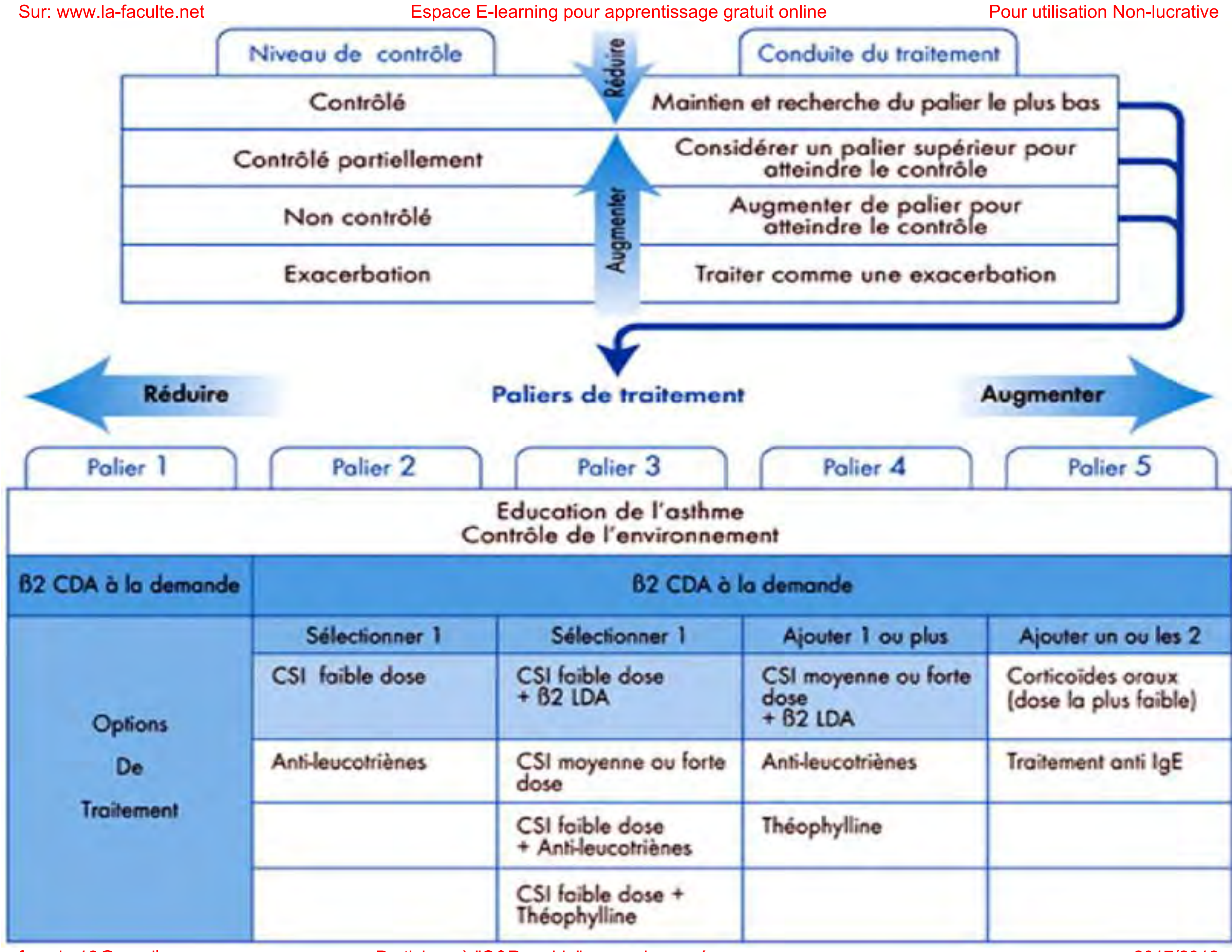
	Contrôlé (tout les caractéristiques sont présents)	Partiellement contrôlé (1 ou 2 caractéristiques) Non contrôlé (3carct)
Symptômes diurnes	Max 2fois/semaine	> 2fois/semaine
Limitation des activités	Pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Pas	Tout symptôme
Besoin en bronchodilatateurs	Max 2fois/semaine	Plus de 2fois/semaine
DEP	normale	< 80%
Exacerbations	Pas	Une ou plusieurs par an (partiellement contrôlé) Une/semaine (non contrôlé)

IX. Prise en charge

- **But :** avoir le contrôle

- **Moyens :**
- Bronchodilatateurs
- Corticoïdes inhalés et anti leucotriènes
- Associations bronchodilatateurs- corticoïdes inhalés
- Immunothérapie spécifiques (ITS)

- Autres :
  - Traitement de la rhinite
  - Traitement des facteurs déclenchants
  - Éducation thérapeutique
  - Suivi régulier en fonction du contrôle


Niveau de contrôle
Conduite du traitement
Réduire
Augmenter
Contrôlé
Maintien et recherche du palier le plus bas
Contrôlé partiellement
Considérer un palier supérieur pour atteindre le contrôle
Non contrôlé
Augmenter de palier pour atteindre le contrôle
Exacerbation
Traiter comme une exacerbation
Réduire
Paliers de traitement
Augmenter
Palier 1
Palier 2
Palier 3
Palier 4
Palier 5
Education de l'asthme
Contrôle de l'environnement
B2 CDA à la demande
B2 CDA à la demande
Options De Traitement
Sélectionner 1
Sélectionner 1
Ajouter 1 ou plus
Ajouter un ou les 2
CSI faible dose
CSI faible dose + B2 LDA
CSI moyenne ou forte dose + B2 LDA
Corticoïdes oraux (dose la plus faible)
Anti-leucotriènes
CSI moyenne ou forte dose
Anti-leucotriènes
Traitement anti IgE
CSI faible dose + Anti-leucotriènes
Théophylline
CSI faible dose + Théophylline

Conclusion :

-l'asthme bronchique est une maladie multifactorielle

- peut être allergique ou non allergique

-Son diagnostic est essentiellement clinique

-Sa prise en charge est basé sur la notion de contrôle

-En plus du traitement médical du fond , d'autres mesures sont nécessaire pour contrôler un asthme

-L'éducation sanitaire est la pierre angulaire dans la prise en charge globale